

Okunnighet om regler för tjänstetillsättning

I Läkartidningen 36/96 finns ett reportage om en skriftväxling mellan universitetssjukhuset Karolinska sjukhuset och normallasarettet Löwenströmska. Av texten framgår att läkarna vid Löwenströmska sjukhuset i samband med sjukhusets nedläggning önskar transport till »motsvarande tjänster» (överläkartjänster?) vid Karolinska sjukhuset.

För överläkartjänst vid universitetssjukhus finns lagfästa tillsättningsregler med sakkunnigförfarande och upprättande av förslag med hänsyn till de sökandes forsknings- och undervisningsmeriter förutom klinisk färdighet. I praktiken innebär detta att man måste vara minst disputerad, helst docentkompetent, för att komma i fråga för dessa överläkartjänster. Vid mindre sjukhus finns inte längre sådana formella tillsättningsregler.

Även det praktiska arbetsinnehållet skiljer sig åt: vid universitetskliniken krävs aktivt deltagande i forskning, handledning av doktorander, kandidatundervisning och kliniskt utvecklingsarbete, uppgifter som normalt inte åläggs normallasarettens överläkare. Dessutom fungerar universitetskliniken som region- eller riksklinik dit de mindre sjukhusen skickar patienter för avancerad utredning och behandling, varför även kraven på klinisk kompetens är annorlunda. En direkt överföring av överläkartjänster med innehavare från normallasarett till universitetssjukhus är därför inte lämplig.

Grymt mot yngre kolleger

Det vore dessutom grymt mot de yngre kolleger som trögt arbetar med sin vetenskapliga meritering om tillgängligt tjänstetrymme vid universitetssjukhuset blockerar av vetenskapligt mindre meriterade kolleger som kommit in »köksvägen» utan sedvanlig meritvärdering.

Det finns många enheter utanför universitetskliniken dit en eventuell transport av överläkartjänsterna vid Löwenströmska skulle kunna ske; om det finns ekonomiskt utrymme kvar för dessa tjänster.

KORRESPONDENS

Att sjukhusdirektören vid Karolinska sjukhuset inte känner till, eller bryr sig om gällande tjänstetillsättningsregler kan tolkas som hennes bristande förståelse för universitetssjukhusets speciella uppdrag och arbetsvillkor.

Sjukhusdirektören anser också att »chefsöverläkare och klinikchefer» inte får »gå in i dessa diskussioner». Det ytterst måste vara ett olycksfall i arbetet eller felcitat. Chefsöverläkaren om någon har både rätt och skyldighet att yttra sig om tjänstetillsättning vid den egna kliniken.

Gällande regler måste respekteras

Stockholms läkarförnings ordförande borde dock värna även om de yngre universitetsanställda medlemmarnas berättigade krav på att gällande bestämmelser och meriteringsregler respekteras av alla parter.

Ulf Lindsjö

docent, ortopedkliniken,
Akademiska sjukhuset,
Uppsala

Replik:

Turordning tillämpas

Ulf Lindsjö skriver att Stockholms läkarförnings ordförande borde värna även om de yngre universitetsanställda medlemmarnas berättigade krav på att gällande bestämmelser och meriteringsregler respekteras.

Som ordförande i läkarförningen vämnar jag i lika hög grad om läkarna vid Karolinska sjukhuset som Löwenströmska sjukhuset och Danderyds sjukhus. Något annat vore oförsvarligt.

Problemet vi har att hantera är konsekvenserna av Landstingets beslut den 20 juni om den s k utvecklingsplanen för hälso- och sjukvården i länet. Beslutet innebär bl a att stora delar av vården vid Löwenströmska sjukhuset förs över till Karolinska sjukhuset (KS) och Danderyds sjukhus (DS). Patienter, resurser och personal förs över till KS och DS. Enligt avtalet om sysselsättningsgaranti får ingen tillsvidareanställd sägas upp, inte

heller anställda med tidsbegränsade förordnanden vid s k upplåtna enheter.

När tjänster för specialister vid KS tillsätts skall tre sakkunniga pröva varje sökandes behörighet och bedöma skickligheten hos samtliga behöriga sökande. Vid bedömning av skickligheten skall hänsyn tas främst till utbildning samt till klinisk och vetenskaplig skicklighet. De sakkunniga skall föra upp de fyra främsta behöriga sökandena på förslag. Där efter förordnar Landstinget en av de föreslagna. Krav på doktorsexamen eller docentur finns inte. I praktiken har det blivit så beroende på konkurrensen men framför allt på att chefsöverläkarna vid universitetssjukhusen ställer sådana krav. Detta borde vara bekant för en f d chefsöverläkare vid Huddinge sjukhus.

Vid tillsättning av tjänster vid Löwenströmska skall Landstinget fästa avseende främst vid skickligheten.

Problemet för läkarförningen är att se till att överflyttningen från Löwenströmska går till på ett sätt som inte skadar vare sig läkarna där eller vid KS/DS.

Turordning

Med anledning av det brev som fanns återgivet i Läkartidningen 36/96, där bl a jag var refererad, har läkarförningen haft överläggningar med tf sjukhusdirektören vid KS. Vi har enats om att läkarna, efter det att de förts över från Löwenströmska, skall turordnas efter total anställningstid hos arbetsgivaren. Principen är hämtad från Lagen om anställningsskydd och vi har funnit den vara den enda till buds stående regel som garanterar rättvisa förhållanden. Den slutliga bemanningen vid KS får därefter göras utifrån de förutsättningar som gäller för vårdens bedrivande vid sjukhuset.

Utbyte sedan länge

Till detta kan läggas att ett utbyte mellan universitetssjukhus och sjukhus som icke är upplåtet, så kallad lasarettläkarutbildning, förekommer sedan många år tillbaka. Inte heller detta borde vara främmande för Lindsjö. Medicine studerande har för övrigt funnits på Löwenströmska sedan flera år tillbaka. Vi är många som anser det vara befrämjande med ut-

byte mellan läkare som i sin vardag huvudsakligen möter patienter och läkare vid universitetssjukhus som också möter patienter, men i mindre omfattning på grund av medverkan i forskning och undervisning.

Björn Meder

Ordförande i Stockholms läkarförning

Läkares arbetsätt undersökta i hemlighet

I augusti kunde vi läsa på tidningarnas förstasidor: »100 miljoner att spara på provtagning i primärvården!»

Detta var den första information som de i studien ingående läkarna fick. Studien heter »Klinisk kemi i primärvården», framtagen i samarbete mellan Spri, HSN-staben i Stockholms läns landsting, Sydöstra sjukvårdsområdet samt Södersjukhuset, och utgiven av Spri 1996 [1].

I arbetsgruppen har två läkare ingått, en chefsöverläkare i klinisk kemi och en »leg läkare». Enligt uppgift skall två läkare från sjukvårdsområdet ha ingått i referensgruppen, chefsöverläkaren (tillika distriktsläkare) och en primärvårdschef. Detta finns dock ej angivet i rapporten.

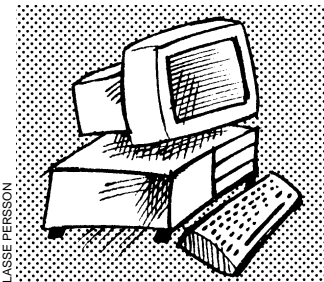
Man har undersökt konsumtion och praxis av klinisk kemi i primärvården vid 22 vårdcentraler. Fyra vårdcentraler har granskats i detalj, troligen nere på nivån individuella läkare.

Metoden har möjliggjorts av en långt gången datorisering, där varje läkare inför husläkarsystemet försågs med en egen kombikod som används vid varje beställning av medicinsk service.

Ingen information

Ingen som helst information om studien har skett vare sig via beredningsgrupperna (där information och förhandling enligt MBL sker) eller i de professionella grupperna (läkarmöten etc). Datoriseringen har medfört att ingen medverkan av de undersökta krävts vid materialinsamlingen. På så sätt har de undersökta inte heller lämnat något indirekt medgivande att ingå i undersökningen.

Jag skulle gärna vilja veta vilka åsikter Läkarförbundet, Svensk förening för allmänme-



LASSE PERSSON

»Datoriseringen har medfört att ingen medverkan av de undersökta krävts vid materialsamlingen.»

dicin, Distriktsläkarföreningen och Landstingsförbundet har om detta tillvägagångssätt.

Raka motsatsen gäller för den regionala receptstudien i Stockholms län under september månad. Varje läkare har i förväg fått ett informationsblad där studiens syfte klart framgår, vilka data som insamlas och vilka som står bakom studien. En av dessa är en välrenommerad distriktsläkare. Namn och telefonnummer till ansvariga personer står utsatta.

I texten finns bland annat följande mening: »Vid bearbetning och presentation av materialet kan enskild forskrivare inte identifieras. Presentation med jämförelse mellan enskild vårdcentral kommer inte att göras utan godkännande av respektive vårdcentralschef.»

Det känns helt annorlunda att delta i den studien!

Ingrid Eckerman
distriktsläkare, Ektorps
vårdcentral, Nacka

Referens

1. Klinisk kemi i primärvården. Stockholm: Spri, 1996. Spri rapport 422.

Kommentar 1:

Medvetna och välmotiverade deltagare behövs

I sitt datapolitiska program »IT-läkaren och patienten» framhåller Läkarförbundet att enheter inom hälso- och sjukvården har behov av att kunna följa upp och utvärdera sin verksamhet. Läkare skall vara med och fastställa kriterierna för verksamhets- och produktionsmätningar och delta i utvärderingen av resultaten. Läkarens och övrig personals integritet får inte kränkas i sam-

manhanget. Det måste också ställas höga krav på validiteten i de data som registreras om resultaten av produktionsmätningar skall kunna utnyttjas. Alla jämförelser utanför den egna enheten skall utföras på avidentifierat material.

Två huvuddelar

Den föreliggande Spri-rapporten »Klinisk kemi i primärvården» består av två huvuddelar: 1. Studier av praxis, 2. Kostnadseffektiv klinisk kemi och program för fortbildning.

Studien av praxis har skett genom datainsamling från kemikliniken på Södersjukhuset och från den administrativa enheten inom Sydöstra sjukvårdsområdet i Stockholms läns landsting. Sammanställningen har gjorts på avidentifierat material.

På basis av praxisstudien har sedan kliniska kemister i samråd med erfarna allmänläkare lämnat förslag till minskad användning av rutinanalyser som inte har något större kliniskt värde eller där nya, effektivare alternativ finns. De har också lämnat rekommendationer om ökat laborerande i vissa fall.

Vår bedömning är att studien, som framstår som värdefull för kvalitetsutvecklingen inom området, genomförts i enlighet med de krav som kan ställas i sammanhanget. Såvitt vi har kunnat se vid en översiktlig genomgång av rapporten kan varken enskilda vårdcentraler eller läkare identifieras i redovisningen.

För att en studie av detta slag verkligen skall nå sitt syfte, nämligen att påverka det dagliga användandet av laboratorieresurser i mer kostnadseffektiv riktning är det viktigt att berörda läkare är aktiva deltagare i hela processen. Kvalitetsutveckling, till skillnad från kvalitetskontroll, förutsätter medvetna, informerade och välmotiverade deltagare. Ingrid Eckermans insändare visar på att projektledningen inte tagit hänsyn till denna distinktion.

Robert Leth
ordförande, Centralstyrelsen, Sveriges läkarförbund

Björn Olsson
ordförande, Svensk förening för allmänmedicin

Carl-Erik Thors
ordförande, Distriktsläkarföreningen

Kommentar 2:

Vedertagna etiska regler skall iakttas

Ingrid Eckermans frågor är av principiell art och det kan finnas anledning till en kommentar från Landstingsförbundet även om den studie som kommenteras hör hemma inom Spri – ett självständigt, om än av staten och landstingen gemensamt finansierat, utvecklingsinstitut.

Vi har uppfattat att Ingrid Eckerman ställer två frågor:

1. Hur ser vi på studier där studieobjekten inte är informerade och inte har accepterat att medverka i studien?

2. Hur ser vi på att resultaten redovisas i massmedierna innan de berörda fått ta del av dem?

På den första frågan är vår åsikt följande. Självklart gäller för all forskning och utveckling att vedertagna etiska regler skall iakttas. Det finns därför alltid god anledning till en ordentlig diskussion om hur »studieobjekten» skall informeras före en studie och efter det att studien har avslutats.

En registerstudie

När det gäller den nu aktuella Spristudien uppfattar vi att den är en sk registerstudie och att det därför inte varit aktuellt att inhämta varje forskrivande läkarens informerade samtycke. Syfte med studien var såvitt vi kan bedöma inte heller att visa att några vårdcentraler är bättre eller sämre än andra, utan att ge ett underlag för en lokal diskussion om medicinsk praxis, vilket i sig är angeläget då det finns dokumenterat att medicinsk praxis varierar kraftigt mellan enskilda läkare, kliniker, geografiska områden etc utan att dessa skillnader kan förklaras av skillnader i patienternas hälsotillstånd.

Dessa skillnader är otillfredsställande av flera skäl. Ett är att patienter inte får vård på lika villkor i landet – vissa patienter underbehandlas, medan andra överbehandlas. En konsekvens av detta blir bl a att de resurser vi har för hälso- och sjukvård inte utnyttjas optimalt. Samtidigt som vi har köer och besparingskrav på vissa

håll görs det saker som egentligen inte behöver göras på andra håll. Vad som bör göras kan bara de professionella grupperna själva avgöra genom att studera, jämföra och diskutera sin egen praxis och för detta krävs fakta att utgå ifrån.

Resultaten måste självklart redovisas

Som svar på fråga 2, och fortfarande förutsatt att vi diskuterar en registerstudie, är det väl snarare ovanligt än brukligt att studiepopulationen delges resultaten personligen. Men om studier av det här slaget skall ha något som helst praktiskt värde och inte bara vara forskning för forskningens egen skull, måste resultaten självklart både redovisas och diskuteras bland de direkt berörda. Vi förutsätter att så också blir fallet vad gäller denna studie.

Toivo Heinsoo
direktör, avdelningen för hälso- och sjukvårdsfrågor, Landstingsförbundet

Økt cancer-risiko med kalsium-antagonister ikke påvist

I Läkartidningen 32-33/96 [1] kommenterar Gunnar Lindberg och medarbetare i en artikel av Pahor och medarbetare [2] der man antyder en sammenheng mellom bruk av kalsiumantagonister (kortidsvirkende verapamil, nifedipin og diltiazem) og cancer hos eldre pasienter.

Man benytter i studien samme observasjonelle statistiske analyseteknikk som de benyttet da de for en tid siden mente å påvise sammenheng mellom bruk av kalsiumantagonister og hjerteinfarkt [3]. FDA (Food and Drug Administration, USA) Advisory Panel vurderte i januar i år gruppens »observational analysis technique» og konkluderte med at den var »inappropriate to make any definite conclusions».

Lennart Hansson og medarbetere har et innlegg [4] i Läkartidningen 35/96 som jeg slutter meg helt til. Imidlertid er det flere svakheter ved Pahors og medarbeideres studie [4].

Bytter ofte medikamenter

Pasientgruppene i studien ble definert utfra hvilke medikamenter (monoterapi) som de